

# Gehechtheid bij kinderen met Down's syndroom

M.H. van IJzendoorn

## 1. Inleiding

In de wetenschappelijke literatuur over Down's syndroom kinderen domineert de deficiëntie-hypothese. Kinderen met Down's syndroom worden in velerlei opzicht als gebrekkig beschouwd. Studies hebben uitgewezen dat deze kinderen achterstanden hebben bijvoorbeeld op het terrein van de motorische ontwikkeling, concentratievermogen, oogcontact, prikkelbeheersing, taalvaardigheden, en preverbale communicatieve gedragingen. De ontwikkelingsachterstanden blijken bovendien met de leeftijd toe te nemen (Fischer, 1987). Het onderzoek naar het Down's syndroom is naar mijn bescheiden mening evenwel tamelijk eenzijdig van aard. De interesse is lange tijd uitgegaan naar de meest opvallende verschillen tussen deze categorie en de normale kinderen, en dat zijn uiteraard de cognitieve verschillen en de daarmee verbonden verschillen in taalvaardigheid. De deficiëntie-hypothese kon op deze wijze eenvoudig bevestigd worden.

## 2. De convergentie-hypothese

Hoewel het van belang is open oog te hebben en te houden voor tekorten bij verstandelijk gehandicapte kinderen, is het daarnaast goed de vraag te stellen op welke ontwikkelingsgebieden de Down's syndroom kinderen niet onderdoen voor hun normale tegenvoeters. In de praktijk van omgang met deze verstandelijk gehandicapte groep valt niet alleen het intellectuele tekort op, maar ook de hoge mate van expressiviteit van gevoelens van geborgenheid en verbondenheid. Down's syndroom kinderen worden vaak simpelweg aanhankelijk en lief genoemd voor hun ouders, en aardig tegenover vreemden.

Gelukkig hebben ook wetenschappers deze dimensie van het verstandelijk gehandicapte kind ontdekt, en ze hebben de voorheen wat eenzijdige nadruk op cognitieve tekorten gecomplementeerd met aandacht voor de sociaal-emotionele ontwikkeling. De evolutie van de gehechtheidstheorie van Bowlby (1969; 1973) en Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) tot een dominant paradigma in het ontwikkelingspsychologisch en pedagogisch onderzoek heeft hieraan een belangrijke impuls gegeven. Juist vanuit het perspectief van de gehechtheidstheorie kon belangstelling ontstaan voor de sterke kanten van het Down's syndroom kind. In deze theorie wordt immers de sociaal-emotionele ontwikkeling niet opgevat als louter een functie van de cognitieve ontwikkeling, maar wordt integendeel de

kwaliteit van de gehechtheidsrelatie teruggevoerd op de kwaliteit van de omgang tussen primaire opvoeders en het kind in de eerste levensjaren.

Het onderzoek vanuit gehechtheidstheoretisch perspectief heeft de nodige steun opgeleverd voor wat ik de convergentie-hypothese zou willen noemen: in termen van gehechtheid zijn er wellicht geen kwalitatieve tekorten bij de verstandelijk gehandicapten te zien in vergelijking tot normale kinderen. Ondanks hun verstandelijke beperkingen, hebben Down's kinderen behoefte aan contact, en zijn ze in staat een emotionele band aan te gaan met hun belangrijkste opvoeders. De convergentie-hypothese veronderstelt ten eerste dat Down's kinderen aan hun opvoeders gehecht raken. Dit betekent dat ze in staat zouden zijn aan een specifieke persoon met wie ze regelmatig interacteren, in meerdere of mindere mate een gevoel van veiligheid in bedreigende, stressvolle omstandigheden te ontleen. De convergentie-hypothese veronderstelt ten tweede dat de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie tussen het verstandelijk gehandicapte kind en zijn opvoeders gelijkwaardig is aan die van de gehechtheidsrelatie tussen het normale kind en zijn opvoeders. Daarbij is het tijdstip waarop de band tussen kind en opvoeder haar beslag krijgt minder belangrijk dan de aard van die band: de mate waarin veiligheid en geborgenheid aan de gehechtheidsrelatie wordt ontleend. De vraag of kinderen met Down's syndroom gehecht zijn aan hun opvoeders in de zin zoals dat wordt bedoeld in de gehechtheidstheorie vereist een nadere uitleg van deze theorie. Dat geldt ook voor de vraag of de kwaliteit van hun gehechtheidsrelatie gelijkwaardig is aan die van normale kinderen. Een heel korte excursie naar uitgangspunten en inhoud van de gehechtheidstheorie is dus op haar plaats (Van IJzendoorn, 1985).

### **3. De gehechtheidstheorie in minder dan een notedop**

Al kort na de geboorte doet een baby van alles dat de aandacht van andere mensen trekt: hij huilt, zoekt ze met zijn blik en kijkt ze aan, maakt allerlei geluidjes, en het duurt evenmin lang voor hij zelfs (glim)lacht. Dat zijn niet zomaar lukrake gedragingen. Volgens Bowlby, de grondlegger van de gehechtheidstheorie, is zulk gedrag ook werkelijk bedoeld om aandacht te trekken: het naderbij brengen van ouders of andere opvoeders. Bowlby veronderstelt hierbij natuurlijk geen bewuste intenties bij de baby. Dat pasgeborenen dit gedrag vertonen verklaart hij onder verwijzing naar de evolutietheorie, met de overlevingswaarde ervan, namelijk bescherming tegen gevaar door volwassen soortgenoten. Hoe dit ook zij, de gehechtheidstheorie veronderstelt dat bijna ieder exemplaar van de soort de genetische bagage voor gehechtheidsgedrag bij de geboorte heeft meegekregen – gehandicapte kinderen niet uitgezonderd. In de loop van de ontwikkeling bedient het kind zich van steeds geraffineerdere middelen om nabijheid te bewerkstelligen. In de wieg kan de baby alleen nog signalen geven: huilen, vocaliseren, etcetera; later kruipt of dribbelt het kind zijn gehechtheidsfiguur achterna. Het soort gehechtheidsgedrag dat kinderen laten zien is niet van belang voor de aard van de gehechtheidsrelatie met de opvoeder. Minder mobiele kinderen kunnen een even goede band met hun opvoeder opbouwen als motorisch meer actieve of competente kinderen. Van belang is de organisatie van het gehechtheidsgedrag.

De kwaliteit van de band wordt mede bepaald door de wijze waarop de opvoeders met de signalen van het kind omgaan. Worden het gehuil, de gevoelens van ongerustheid, de behoefte aan nabijheid doorgaans snel opgemerkt en beantwoord met oppakken, en koestering of geruststelling dan zal het kind eerder een veilige gehechtheidsrelatie ontwikkelen. Het leert zijn opvoeders te vertrouwen, weet dat ze er zijn als hij ze nodig heeft en dat ze zijn gevoel van angst of spanning zullen verlichten. Ook in 'normale' gezinnen is echter niet altijd sprake van een veilige gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind. In ongeveer 35% van de gevallen is de gehechtheid onveilig. 'Veilig' en 'onveilig' zijn typeringen voor de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie. De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie kan goed geobserveerd worden in een zogenoemde 'Vreemde Situatie' procedure. Deze procedure die door Ainsworth is geïntroduceerd (Ainsworth et al., 1978) houdt in dat opvoeder en kind worden uitgenodigd in een spelkamer op het instituut, waar een onbekende persoon contact probeert te leggen met het kind. Een paar keer gaat de opvoeder weg en blijft het kind bij de onbekende persoon of geheel alleen achter. Uiteraard betekent deze opeenvolging van episodes toenemende stress voor het kind. Deze angstige spanning wordt opgeroepen door de combinatie van een onbekende omgeving, onbekende persoon, en enkele kortdurende separaties. Veilig gehechte kinderen zijn na enkele minuten weer in staat de omgeving te verkennen en te spelen. De spanning ebt echter niet weg bij de angstig gehechte kinderen die in het verleden slechte ervaringen met afwezigheid of ongevoeligheid van hun opvoeder hebben opgedaan, en zich daarom door de terugkeer nog niet geborgen weten. Er zijn twee typen angstig gehechte kinderen ontdekt: angstig-vermijdende kinderen (A), die bij terugkomst van de opvoeder contact vermijden, en angstig-afwerende kinderen (C) die enerzijds lichamelijk contact met de opvoeder zoeken, anderzijds de toenadering van de opvoeder ook afweren. Het angstig-vermijdende kind probeert zijn angstgevoelens te beheersen door ze weg te houden voor de opvoeder die in het verleden dergelijke gevoelens niet accepteerde en daardoor verergerde. Het angstig-afwerende kind geeft juist overduidelijk uitdrukking aan zijn gevoelens van angst, wanhoop, en woede in de hoop en de verwachting dat de opvoeder niet nog eens weggaat. In beide gevallen is geen sprake van een open en beheerste communicatie over emoties die zo kenmerkend is voor het veilig gehechte kind. Tenslotte is recentelijk een vierde categorie aan dit trio toegevoegd: gedesorganiseerde gehechtheid als gevolg van onverwerkt verlies en trauma bij de ouder. Het gedesorganiseerd gehechte kind geeft blijk van angst voor de opvoeder en van een onlogische opeenvolging van gedrag (Main & Solomon, 1990).

#### **4. Zijn Down's kinderen gehecht?**

We keren nu terug naar de twee vragen die door de convergentie-hypothese worden opgeworpen: ten eerste, zijn kinderen met Down's syndroom gehecht in de zin van de gehechtheidstheorie; ten tweede, zijn hun gehechtheidsrelaties van dezelfde kwaliteit als die van normale kinderen. De eerste vraag is in een drietal studies met behulp van de Vreemde Situatie procedure beantwoord (Cicchetti & Serafica, 1981; Serafica & Cicchetti, 1976; Thompson, Cicchetti, Lamb & Malkin, 1985). In deze studies zijn moeders en Down's kinderen in de Vreemde Situatie procedure geob-

serveerd, en is gekeken naar hun emoties en hun gehechtheidsgedrag. Wat gebeurde er tijdens de terugkeer van de moeder na enkele minuten afwezigheid? Cicchetti en Serafica (1981) laten zien dat alle 42 Down's kinderen in de leeftijd van 30-42 maanden de moeder bij terugkeer aankeken, en slechts 4 kinderen hun blik vervolgens afwendden om de moeder te vermijden. Geen enkel kind huilde, en maar liefst 37 kinderen glimlachten naar de moeder, 23 kinderen zochten toenadering, 18 kinderen strekten hun armen uit om opgepakt te worden, en 21 kinderen raakten de moeder ook aan. De kinderen reageerden heel anders op de terugkeer van de onbekende persoon na enige tijd alleen gespeeld te hebben. Ze lieten angstig gedrag zien zoals huilen en wegstijven, en als ze naar de vreemde glimlachten was vaak tegelijk sprake van wegstijven. In het algemeen bleken de Down's kinderen veel meer gehechtheidsgedrag te richten op de moeder dan op de onbekende persoon. Dit betekent dat Down's kinderen gehecht raken aan hun moeder in de zin van de gehechtheidstheorie.

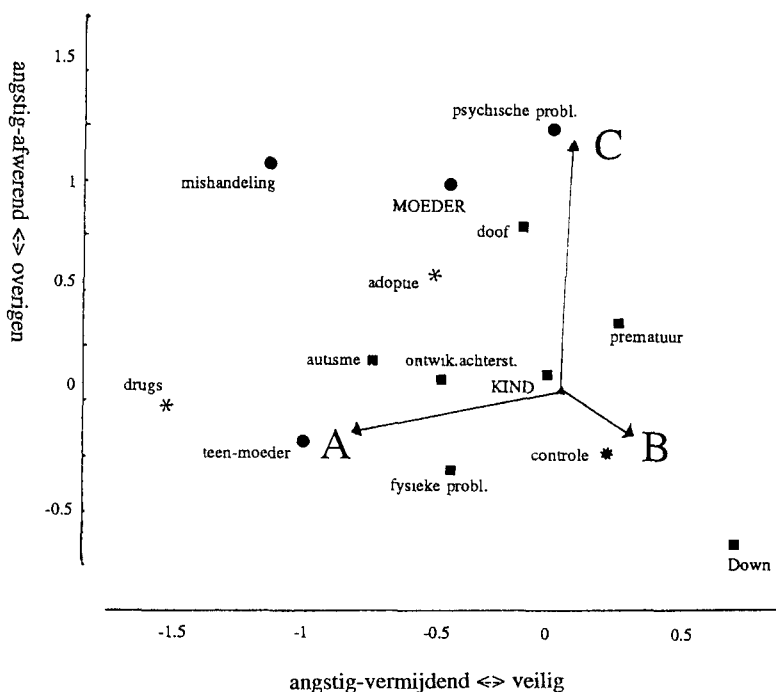
Wel is uit onderzoek (Thompson et al., 1985) gebleken dat deze verstandelijk gehandicapte kinderen minder angstig reageren op de Vreemde Situatie dan normale kinderen. Hun negatieve emoties lijken wat vlakker te zijn: ze huilen weinig, en ze lijken opmerkelijk vriendelijk naar de onbekende persoon. Hiervoor worden twee verklaringen gegeven: de cognitieve achterstanden zouden een minder snelle diagnose van het angstige karakter van de Vreemde Situatie toelaten; en biochemisch gezien zouden er aanwijzingen zijn voor een minder actief adrenaline systeem. Hoe dit ook zij, de *organisatie* van gehechtheidsgedrag bij Down's kinderen lijkt niet te verschillen van die bij normale kinderen: in stressvolle omstandigheden zijn Down's kinderen geen 'allemandsvrienden' maar ze richten hun gehechtheidsgedrag op georganiseerde wijze op de primaire gehechtheidspersoon (Thompson et al., 1985; Cicchetti & Serafica, 1981).

## 5. De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie bij Down's kinderen

De tweede vraag luidt of de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie van verstandelijk gehandicapte kinderen dezelfde is als die van normale kinderen. De beantwoording van die vraag is lastig omdat nog maar enkele studies zijn gerapporteerd waarin ook daadwerkelijk de kwaliteit van de band werd vastgesteld. De studies met behulp van de Vreemde Situatie die ik hiervoor heb besproken rapporteren alleen gehechtheidsgedragingen maar laten conclusies over aantallen veilige of angstige relaties niet toe. Er zijn me twee studies bekend die wel de gehechtheidskwaliteit rapporteren: een studie van de Canadese onderzoeker Susan Goldberg (1988), en een studie van de Amerikaan Brian Vaughn (pers.comm., 1990) die overigens zijn bevindingen nog niet op schrift heeft gesteld. Ik heb deze twee studies in een omvangrijke meta-analyse naar onderzoek van gehechtheid in klinische groepen opgenomen waarover ik hier in het kort verslag wil doen (Van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992). In deze meta-analyse hebben we allereerst alle Amerikaanse studies naar gehechtheid in normale gezinnen bijeen gebracht. Het gaat hier om 21 steekproeven met in totaal 1584 kinderen. Daarnaast hebben we alle studies naar klinische groepen verzameld, en hierbij ging het om 34 steekproeven met 1624 kinderen. De klinische groepen konden verdeeld worden in twee

categorieën: 1) groepen waarbij het klinische probleem primair in het kind gezocht moet worden zoals doofheid, Down's syndroom, autisme, en ernstige ontwikkelingsachterstanden; 2) groepen waarbij het klinische probleem primair in de opvoeder gezocht moet worden, zoals bijvoorbeeld depressiviteit van de moeder, mishandeling door de ouder. Onze centrale vraag was nu: zijn er minder veilige kinderen in de klinische groepen dan in de normale gezinnen, en verschillen de twee categorieën klinische groepen – kindproblemen versus ouderproblemen – op dit punt van elkaar? In de volgende figuur is een overzicht van deze resultaten gegeven (Van IJzendoorn et al., 1992).

*Figuur 1: De verdeling van gehechtheid in klinische groepen tegen de achtergrond van de normatieve verdeling van gehechtheid in doorsnee-gezinnen (Van IJzendoorn et al., 1992).*



Legenda:

- moederproblemen
- kindproblemen
- \* andere problemen
- \* normale controle

- A. angstig-vermijndend gehecht
- B. veilig gehecht
- C. angstig-afwerend gehecht

De pijlen in deze figuur zijn voorzien van de letters A, B, en C. Deze letters staan respectievelijk voor angstig-vermijndende gehechtheid, veilige gehechtheid, en angstig-afwerende gehechtheid. Als een steekproef meer in de buurt van de C-pijl is gelokaliseerd betekent dit dat in deze steekproef de angstig-afwerende gehecht-

heidsrelaties oververtegenwoordigd zijn. Datzelfde geldt voor de A-pijl en de B-pijl. Het middelpunt van de figuur is het snijpunt van de 3 pijlen, en op die plaats is de verdeling van A, B en C gehechtheid in de combinatie van normale steekproeven (1584 kinderen) gesitueerd. De figuur geeft dus overeenkomsten en verschillen van klinische groepen met de normale verdeling van veilige en angstige gehechtheidsrelaties aan. Opvallend is de plaats van de gecombineerde Down's syndroom steekproeven: deze steekproeven laten een *over*vertegenwoordiging zien van veilige relaties, en een *onder*vertegenwoordiging van angstig-vermijdende en angstig-afwerende relaties. In de Vreemde Situatie blijken dus Down's kinderen meer veilige relaties te hebben dan normale kinderen!

Dit gegeven past in een groter verband. Als we kijken naar kinderen met ernstige ontwikkelingsachterstanden dan is er weliswaar enige oververtegenwoordiging van het A type gehechtheid (angstig vermijdend) maar dat is bescheiden in vergelijking tot de oververtegenwoordiging van het A type gehechtheid in de groep teenage- of drugsverslaafde moeders. Als we alle groepen met kindproblemen combineren, dan is de totale verdeling van gehechtheidsrelaties over veilig en angstige typen volstrekt gelijkwaardig aan die van normale kinderen. Dat geldt beslist niet voor de groepen met moederproblemen: wanneer we deze steekproeven combineren dan komt het zwaartepunt van de verdelingen over de verschillende gehechtheidsclassificaties ver buiten het middelpunt van de figuur te liggen, en is sprake van een forse oververtegenwoordiging van angstig vermijdende en angstig-afwerende gehechtheid.

## 6. Gehandicapte kinderen, gehandicapte ouders

Wat kunnen we uit deze gegevens leren? Naar mijn idee wordt hiermee de stelling geïllustreerd dat ouders in staat zijn handicaps bij hun kind te compenseren door responsief op hun signalen – van welke aard en langs welk kanaal dan ook – te reageren. Handicaps bij het kind vormen dus geen onoverkomelijke barrière voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie – en opmerkelijk veel ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen slagen erin een veilige relatie op te bouwen. Tegelijk laten de gegevens uit tientallen studies zien dat handicaps bij de ouder niet kunnen worden gecompenseerd door het kind – al is het nog zo gezond en normaal. Een depressieve moeder is niet in staat alert op de signalen van haar kind te reageren, en een teenage- of drugsverslaafde ouder is te zeer op zichzelf gericht om open te staan voor de behoefte en noden van haar kind. Uiteraard moeten we het bewijsmateriaal voor deze stelling ook relativiseren. Met name is van belang te bezien in hoeverre de nieuwe gehechtheids categorie voor gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag bij kinderen (Main & Solomon, 1990) het beeld zou veranderen. Er bestaat een mogelijkheid dat Down's kinderen misschien vaker dan normale kinderen gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag laten zien (Vaughn, 1990). Dit zou dan mogelijkwijze te maken kunnen hebben met de ervaring van de ouders hun 'ideale kind' te hebben verloren – een potentieel traumatische gebeurtenis die kan leiden tot voor het kind angstig of beangstigend opvoedersgedrag. Meer onderzoek is nodig met een aan het Down's syndroom aangepast codeersysteem voor gehechtheid om meer definitieve antwoorden op deze vragen te kunnen formuleren.

## 7. Discussie

Mijn conclusie heeft een zon- en een schaduwzijde. Ouders zijn in staat handicaps bij hun kind te compenseren maar kinderen zijn niet in staat (psychische) handicaps bij hun ouders te compenseren. Het eerste gedeelte van deze stelling vormt de zonzijde, en impliceert dat ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen deze kinderen voldoende veiligheid en geborgenheid kunnen verschaffen. Het tweede gedeelte vormt de schaduwzijde. Ouders zijn primair verantwoordelijk voor wat er misgaat in de ontwikkeling van de band met hun kinderen – althans in de eerste levensjaren. Als de geboorte van een Down's syndroom kind leidt tot depressiviteit bij de ouder en tot afwijzing van het kind dan wordt hiermee de kans op een angstige gehechtheidsrelatie aanzienlijk vergroot. De geboorte van een Down's syndroom kind is voor de meeste ouders een ingrijpende gebeurtenis met negatieve associaties. Ook de omgeving reageert soms onhandig of ronduit afwijzend op kind en ouder. Onder deze omstandigheden is een vruchtbare voedingsbodem voor depressieve gevoelens geschapen. Met name ouders die zelf een angstig perspectief op gehechtheidsrelaties in het algemeen en met hun eigen ouders in het bijzonder hebben, zouden weleens minder gemakkelijk de druk vanuit de omgeving en hun eigen teleurstelling weten te verwerken, en deze angst en frustratie ondanks alle goede bedoelingen overdragen op hun gehandicapte kind (Van IJendoorn, 1992). Ik gebruik hier met opzet de term 'goede bedoelingen' omdat verstandelijk gehandicapte kinderen ook gebukt kunnen gaan onder problematische interacties als gevolg van overstimulatie door de ouders. In diverse studies is gedemonstreerd dat niet alleen druk van de omgeving maar ook de specifieke reactiepatronen van de kinderen met Down's syndroom de neiging tot overstimulatie, soms afgewisseld door apathische episodes, oproepen (Berger & Cunningham, 1983). Het lijkt me in ieder geval van groot belang in de eerste maanden na de geboorte ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen voldoende steun te bieden om hun onvermijdelijk negatieve gevoelens (Fisman, Wolf & Noh, 1989) te leren verwerken, en hen in hun zware opvoedingstaak bij te staan.

## Literatuur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment, a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Berger, J. & Cunningham, C.C. (1983). Development of early vocal behaviors and interactions in Down's syndrome and nonhandicapped infant-mother pairs. *Developmental Psychology*, 19, 322-331.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol 2: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Cicchetti, D. & Serafica, F.C. (1981). Interplay among behavioral systems: Illustrations from the study of attachment affiliation, and wariness in young children with Down's syndrome. *Developmental Psychology*, 17, 36-49.

- Fischer, M.A. (1987). Mother-child interaction in preverbal children with Down syndrome. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 179-190.
- Fisman, S.N., Wolf, L.C. & Noh, S. (1989). Marital intimacy in parents of exceptional children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 519-525.
- Goldberg, S. (1988). Risk factors in attachment. *Canadian Journal of Psychology*, 42, 173-188.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.) *Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention* (p.121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Serafica, F.C. & Cicchetti, D. (1976). Down's syndrome children in a strange situation: Attachment and exploration behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly*, 22, 137-150.
- Thompson, R.A., Cicchetti, D., Lamb, M.E. & Malkin, C. (1985). Emotional responses of Down syndrome and normal infants in the Strange Situation: The organization of affective behavior in infants. *Developmental Psychology*, 21, 828-841.
- IJzendoorn, M.H. van (1985). Vroegkinderlijke opvoeding in het internaat: Een gehechtheidstheoretisch perspectief. In: L.G.M. Bisschops (Red.) *Wat bindt een kind?* (p.1-37). Veldhoven: Stichting De Sprankel.
- IJzendoorn, M.H. van (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in non-clinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.
- IJzendoorn, M.H. van, Goldberg, S., Kroonenberg, P.M. & Frenkel, O. (1992). The relative effects of maternal and child problems on quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.
- Vaughn, B.E. (1990). Personal communication.